

**Г.А. Шишко, Ю.А. Устинович, А.В. Сапотницкий, С.П.Горетая,  
М.В. Артюшевская, И.М. Крестелева**

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Младенческая смертность в 2008 году в Республике Беларусь составила 4,5 на 1000 родившихся живыми, что является одним из самых низких уровней этого показателя в мире. Расценивая этот уровень, как несомненный успех отечественного здравоохранения, необходимо констатировать, что результат достигнут на фоне высокой заболеваемости новорожденных - 212 на 1000 родившихся живыми. Сочетание низкой младенческой смертности и высокой заболеваемости новорожденных определяют высокий риск роста ранней инвалидизации. Так первичная детская инвалидность в 2000 г. составляла 15,12 на 10000 детского населения, а в 2005 г. - 17,56. В ее структуре - врожденные аномалии развития, болезни нервной системы, психические расстройства [1]. Болезни нервной системы и психические расстройства у детей имеют прямую связь с многофакторным действием на мозг ребенка патологических процессов в перинатальном периоде.

В связи с этим, стратегическим направлением работы службы охраны материнства и детства в обеспечении демографической безопасности страны следует считать стабилизацию младенческой смертности и снижение инвалидизации.

Одним из важнейших фактором решения этой проблемы является оптимизация ранней интенсивной терапии новорожденных именно в первые часы жизни, которые оказывают существенное влияние на состояние здоровья человека во всей последующей жизни. И не случайно в первом десятилетии XXI века в клинической практике первые часы жизни оцениваются как «золотой час». Приоритетными контингентами новорожденных являются дети с такими заболеваниями, как врожденные аномалии развития, асфиксия новорожденного, респираторный дистресс-синдром (РДС), врожденная пневмония, инфекции специфичные для перинатального периода, кровотечения, и внутричерепные кровоизлияния в частности, желтухи.

Анализ данных статистики (форма №32) свидетельствует о тенденции к уменьшению за последние 5 лет числа заболевших врожденными аномалиями развития и асфиксией новорожденного и увеличению остальных нозологических форм при значительном снижении летальности.

Выбор тактики лечения с целью минимизации потенциальных осложнений в перинатальном периоде основан на констатации того факта, что инфекции и гипоксические состояния – частые комбинации в неонатологии и перинатологии. Это объясняет то, что оперативное родоразрешение не решает проблему асфиксии, так как асфиксия новорожденного может быть следствием полиорганной дисфункции плода из-за внутриутробного инфицирования. Для решения этой проблемы необходимо:

1. Формирование прегавидарного здоровья детей и молодежи, как результат ЗОЖ, но это более социальная и морально-этическая проблема, чем медицинская.
2. Микробиологический скрининг GBS всех беременных для принятия решения о превентивной терапии плода и новорожденного.
3. Внедрение новых технологий для диагностики гипоксии плода (КОС плода) для принятия решения об оперативном родоразрешении.

Нашими исследованиями доказана эффективность ранней сурфактантной терапии РДС еще в прошлом веке [2,3]. Доказано, что на современном этапе необходимо начать использовать сурфактантную терапию у недоношенных детей, родившихся в тяжелой асфиксии, а также при аспирации мекония в ходе первичной реанимации в родблоке.

Ранняя (в первые минуты) сурфактантная терапия позволяет: сократить длительность ИВЛ; «смягчить» параметры; избежать применения ИВЛ, ограничившись СРАР; снизить частоту развития и степень тяжести БЛД.

Перинатальный контекст оптимизации сурфактантной терапии:

1. Прогнозирование развития РДС и обоснование ранней сурфактантной терапии на основании экспресс-анализа амниотической жидкости.
2. Особое внимание беременным с сахарным диабетом и нарушением жирового обмена.

Исследования системы гемостаза и нейросонография должны стать urgentными методами мониторинга реанимации и интенсивной терапии новорожденных. Цель - неотложная коррекция нарушений гемостаза для сни-

жения риска трансформации внутрижелудочковых кровоизлияний (ВЖК) первой степени в ВЖК второй, третьей и четвертой степеней.

Токсичность билирубина для доношенных детей может проявляться в диапазоне от 25 до 30 мг% (425- 510 мкмоль/л), но имеются когортные исследования, указывающие на возможную токсичность билирубина, проявляющуюся в дальнейшем снижением IQ и глухотой при уровне 20 мг% (340 мкмоль/л). Для недоношенных детей токсические уровни билирубина гораздо ниже. Риск неврологических осложнений для недоношенных детей с массой 1250-2500 грамм при гестационном возрасте 28-36 недель возникает при уровне билирубина 18-20 мг% (306-340 мкмоль/л), а у младенцев с массой тела менее 1250 грамм – при уровне билирубина 10-20 мг% (170-340 мкмоль/л). Нечеткость диапазонов токсического уровня билирубина связана с проницаемостью гематоэнцефалического барьера, которая зависит от многих факторов (срок гестации, ацидоз, гипоксия, инфекции и вероятно многие другие до конца не исследованные факторы). Гипербилирубинемия свыше 200 мкмоль/л увеличивает риск развития ДЦП в 4,6 раза для детей с РДС с массой тела менее 1500 г. [Г.А. Шишко, Ю.В. Рожко, 2004 г.]

Необходимо исключить из практики (при гипоксии и инфекции) случаи гипербилирубинемии свыше 340 мкмоль/л у доношенных и свыше 200 мкмоль/л у недоношенных.

Следует особо подчеркнуть, что отсутствие контроля за болевой реакцией у новорожденных может привести к негативным, как к непосредственным (тахикардия, гипоксия, ВЖК, гипотензия) так и отдаленным результатам, касающимся неврологического развития детей.

## Литература

1. В.И. Жарко, Л.А. Постоялко, И.В. Митрошенко, К.У. Вильчук. Состояние здоровья женщин и детей Республики Беларусь. В кн. Здоровая мать –здоровый ребенок. Сборник материалов VIII съезда педиатров Республики Беларусь. 2006-с.8-12
2. G. Shishko, O. Svirskaja, S. Riabenkov. Alveofact usage in therapy of respiratory distress syndrome. III Alveofact workshop. Abstracts. Visegrad 18-19 April 1999, p.16.
3. Г.А. Шишко, Ю.А. Устинович, О.Я. Свирская. Влияние терапии экзогенным сурфактантом на течение респираторного дистресс-синдрома у недоношенных новорожденных. 7 съезд педиатров Респ. Беларусь. -Минск, 1999г. -с. 177-178.